

特定医療費（指定難病）支給認定申請書

申請区分	新規 ・ 更新 ・ 変更	受給者番号 (新規は記入不要)							
受診者	フリガナ							生年 月日	年 月 日 () 歳
	氏名								
	個人番号								
	住所	(郵便番号) (電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)							
	加入している医療保険	保険種別	全国健康保険協会・健康保険組合・共済組合・国民健康保険・国民健康保険組合・後期高齢者医療広域連合・生活保護・その他 ()						
	記号・番号・枝番				保険者の名称				
病名									
受診を希望する指定医療機関 (病院・診療所、調剤薬局、訪問看護事業所)	医療機関名			所在地					
【要確認】 該当する項目にチェックを記入	<input type="checkbox"/>	受診者（受診者が18歳未満の場合は保護者）が難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第8条各号に掲げる給付（障害年金、遺族年金等）を受けている。							
	<input type="checkbox"/>	受診者の小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無			<input type="checkbox"/> 有（受給者番号) <input type="checkbox"/> 無（申請中の場合は病名)				
	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	次の1及び2のいずれも満たす者 1 次の生命維持管理装置を継続して常時装着する必要がある者 (1) 気管切開口又は鼻・顔マスクを介した人工呼吸器 (2) 体外式補助人工心臓 2 日常生活動作が著しく制限されている者						
	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期	月ごとの医療費総額が5万円を超える月が1年間に6回以上ある者						
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当	症状が軽症で、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が1年間に3回以上ある者						
特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日	年 月 日	左欄の年月日が申請日から1箇月前の日より前の年月日である理由がある場合はチェックする。 <input type="checkbox"/> 臨床調査個人票の受領に時間を要したため <input type="checkbox"/> 症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> 大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため <input type="checkbox"/> その他 ()							
特定医療費の支給認定を受けたいので、難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定により、上記のとおり申請します。 年 月 日 申請者（受診者又はその保護者） 住所 氏名 山形県知事 殿									
申請手続等を委任する場合	私は、この申請に係る書類の提出及び受領に関する権限並びに個人番号（行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律に定める個人番号をいう。）を提供する権限を次の者に委任します。 申請者（受診者又はその保護者）氏名 _____								
	受任者	住所（郵便番号) (電話番号)	氏名 (受診者との続柄)						

備考 1 「申請区分」及び「加入している医療保険の保険種別」については該当するものを○で囲むこと。
2 特定医療費の支給開始日は、指定医が重症度分類を満たしていると診断した日（軽症高額該当の場合は、軽症高額の基準を満たした日の翌日）又は申請日の1箇月前（やむを得ない理由により申請が行えなかった場合は最長3箇月前）の日のいずれか遅い日まで遡ることが可能であるので、「特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日」については、申請日にかかわらず、臨床調査個人票に記載された診断年月日等、特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日を記載すること。

県記入欄	A生保 ・ B1低I ・ B2低II ・ C1一般I ・ C2一般II ・ D上位	一次判定			一次審査	二次審査
	人工呼吸器等装着 ・ 高額かつ長期 ・ 軽症高額 ・ 多群 ・ 同一世帯				適	否
	公的年金等収入額(A) 合計所得金額(B) 障害年金等の額(C) (A)+(B)+(C) 本人確認者	<input type="checkbox"/>	適			
	<input type="checkbox"/> 書類添付なし	<input type="checkbox"/>	軽症高額			
		<input type="checkbox"/>	要審査			

世帯について (受診者と同一の医療保険に加入している者)	氏名及び個人番号		受診者との続柄	職業又は就学の状況等	生年月日	特定医療費(指定難病)又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無	
			本人		年 月 日		
	個人番号				年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)	
	個人番号				年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)	
	個人番号				年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)	
	個人番号				年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)	
	個人番号				年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)	
	個人番号				年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)	
	個人番号				年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)	
	個人番号				年 月 日	有(特定医療費・小児慢性特定疾病医療費) (受給者番号) 無(申請中の場合は病名)	
受診者の保護者 (受診者が18歳未満の場合に記入すること)	フリガナ					受診者との続柄	
	氏名						
	個人番号						
	住所 (受診者と同じ場合は記入不要)	(郵便番号)				(電話番号) (日中連絡が取れる電話番号)	

- 備考 1 受診者と同一の世帯に属する者のうち、当該受診者と同じ医療保険に加入している者を全て記入すること。
- 2 「特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定の有無」の欄については、該当するものを○で囲むこと。また、「有」を○で囲んだ場合には、認定を受けている医療費を○で囲むとともに当該医療費に係る受給者番号を記入すること。「無」を○で囲んだ場合で申請中の場合は病名を記入すること。

DV・虐待等の被害及びその恐れにより避難している場合は、情報連携における不開示設定等を希望することで、所在地に繋がる情報を秘匿することができます。希望する場合には、右欄にチェックを記入してください。	<input type="checkbox"/> 秘匿を希望する
---	----------------------------------